

常務理事	事務長	担当者

# 健康保険 第三者行為による傷病届

(本人・家族)→該当する方に○印

被 保 険 者	記号					氏名	Ⓜ	TEL( )
	番号					住所 〒 -		
	勤務先・所属							TEL( )
事 故 該 当 者	被保険者(本人)の場合	氏名	生年月日		年 月 日			
	被扶養者(家族)の場合	氏名	生年月日		年 月 日			
		被保険者との続柄						
事 故 相 手	事故相手(加害者)	氏名	生年月日		年 月 日			
		住所 〒 -	TEL( )					
	事故相手の勤務先	名称又は氏名	事業内容又は職業					
		所在地又は住所	〒 -	TEL( )				
	相手(加害者)が判らないとき	その理由						
事 故 内 容	傷病名					発生日時	年 月 日	
	発生場所					午前・午後	時 分頃	
	種別	1. 自動車事故 2. バイク 自転車 事故 3. 殴打・刺傷 4. その他( )						
	事故結果	1. 即死 2. 死亡(入院直後・入院中) 年 月 日 3. 殴打・刺傷 4. その他( )						
	警察官の立会	1. あった 2. ない 3. ないが届出済み 4. わからない						
	所轄署	( )警察署			( )派出所			
過失の度合い(見込でも可)	自分なんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10			相手なんぶ 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10				

## 【必要添付書類】

1. 自動車事故証明書(自動車事故の場合) 2. 示談をしている場合はその写し 3. 死亡した場合は死亡診断書の写し

## 【医療照会に関する同意】

本書の提出に際し健康保険組合が事故受傷に係る治療費(健保負担分)の請求に際し、支払済み書類(診断書・診療報酬明細書等)の写しを求償先の損害保険会社に提出することを同意いただいたものとします。

# 事故発生状況報告書

甲(加害者)氏名		乙(被害者)氏名		乙の 状況	(運転・同乗・歩行・その他)
速度	甲車 km/h(制限速度 km/h)	甲車以外の車 km/h(制限速度 km/h)			
天候(晴・曇・雨・雪・霧)		交通状況(混雑・普通・閑散)		明暗(昼間・夜間・明け方・夕方)	
道路状況	舗装	1. してある 2. してない	歩道	1. あり(片側・両側) 2. なし	(直線・カーブ)
	見通し	1. 良い 2. 悪い	(平坦な道・坂道)		(乾いている・濡れている・積雪・凍結)
信号又は標識	信号	1. ある 2. ない	駐停車禁止標識 (標識があった場合)	1. 路上駐車のある車 2. 路上駐車のない車	
交通事故現場における自動車と被害者との状況を图示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をメートルで記入してください/概略で可)				
	<div style="text-align: right;">           甲車 ▲            甲車以外の車 △            進行方向 ↑            信号 ∞            一時停止 ⊥            人間 ♀            自転車 Φ            オートバイ ⊕         </div>				
上記図の説明をして下さい					

甲車以外に関係する車や、事故状況を証言できる方がいる場合は、下記欄もご記入下さい。

自動車の番号		運転者の氏名		TEL
所有者	〒 住所:	氏名	TEL	

フランスベッドグループ健康保険組合 理事長 殿				
年	月	日	被保険者	住所 〒
			氏名	⑩
			TEL	

【注1】 記入項目に沿いながら事故発生状況を、出来る限り詳細に記入して下さい。

【注2】 被保険者が死亡した場合は、遺族に於いて届出て下さい。

加害者の自動車保険加入状況	責任保険加入の有無	(ある・ない)	保険契約期間	自: 年 月 日 至: 年 月 日	
	契約者氏名				
	契約保険会社	会社名称		所轄店名	
		所在地	〒		
	保険加入証明書番号	記号番号	第	号	
加害者の自動車	車種		登録都道府県		
	登録番号(ナンバー)		車体番号		
示談状況	1. 示談が成立	年 月 日成立			
	2. 交渉中	年 月 日現在交渉中			
	3. 請求権を放棄	年 月 日放棄			
	放棄した理由				
損害賠償の請求及び支払状況	自動車事故の場合、保険会社から賠償金の受領	1. した(請求者名 ) 2. しない 3. 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求	1. した(請求者名 ) 方法(口頭・文書)	請求内容	1. 治療費 円 2. 休業補償 円 3. その他 円	
		2. しない			
第三者・加害者から損害賠償請求を受けたとき	損害賠償の種類(加害者直接賠償・保険会社からの賠償)				
	賠償金の内訳	治療費		円	(入院日含む)
		休業補償		円	自 年 月 日 至 年 月 日
		葬祭費		円	
		慰謝料		円	
		見舞金		円	
		傷害補償費		円	
		その他		円	
	合計		円		
	受領方法及び年月日	全額	年 月 日受領		
分割 回払い		第1回	年 月 日受領	円	
		第2回	年 月 日受領	円	
	第3回	年 月 日受領	円		

## 念 書

年 月 日 \_\_\_\_\_ (場所) において、  
(加害者) の不法行為により、 \_\_\_\_\_ (被害者) の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に \_\_\_\_\_ 対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって、貴組合が 給付の限度額において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを、 \_\_\_\_\_ ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 保険会社を含む加害者側と示談を締結する場合は、必ず前もって貴組合にその内容を申出し、加害者側に白紙委任状を渡さないこと。
2. 保険会社を含む加害者側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額を漏れなくかつ速やかに貴組合に届け出ること。さらに、申出がなかった場合に貴組合が保険会社を含む加害者側に書面により照会することに同意すること。
3. 貴組合が、保険会社を含む加害者側に診療報酬明細書又は調剤報酬明細書等の写しを使用して、保険給付した金額の範囲で請求権を行使することに同意すること。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_